REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :

France . . . . 10f par an.
Étranger . . . . 12 »

BUREAUX :

Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

Ce numéro contient 32 pages.

2e Année. — No 9. 1er Avril 1881

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE : **Travaux originaux.** — Étude sur les kystes du larynx, par le Dr E.-J. Moure (*suite et fin*). — Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic, par J. Baratoux. — **Revue bibliographique** — Contribution à l'étude des troubles auditifs dans le mal de Bright, par le Dr Doumergue. — Traitement des maladies de la gorge et du nez, etc , par le Dr Guinier — **Revue de la Presse.** — **Index Bibliographique.** — Larynx et Pharynx.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les kystes du larynx

Par le docteur E.-J. Moure. — *Suite* (1)

II. — Symptomatologie

Nous suivrons ici l'ordre précédemment adopté dans notre premier chapitre.

A. — Symptômes fonctionnels : — 1° *Altération de la voix.* — Tant que le kyste n'a pas atteint un volume assez considérable (graine de raisin, cerise), il est rare que la phonation du malade porteur du néoplasme subisse des changements bien appréciables, la voix peut même rester claire, bien que la tumeur ait déjà pris un assez grand développement (voir observation II); néanmoins, on a noté plusieurs fois, un certain degré d'enrouement, ou plutôt un timbre de voix sombrée due à ce que l'épiglotte, surchargée par la masse qu'elle supportait, retombait presque constamment sur l'orifice glottique et donnait alors à la voix un

(1) Voir le numéro du 1er mars.

caractère étouffé tout à fait spécial (1) ; mais ce n'est plus cette voix rauque, éraillée, fatiguante même, des polypes occupant l'intérieur du larynx et en particulier l'un des deux rubans vocaux. Ce symptôme ne saurait donc nous servir de renseignement pour fixer le début de la maladie, comme nous l'avons établi pour les tumeurs de l'intérieur du larynx.

Quelquefois on pourra constater une altération plus ou moins appréciable de la voix, qui pourra être due à une affection concomittante des voies aériennes (laryngite aiguë ou chronique) ; le laryngoscope seul pourra nous éclairer sur la présence ou l'absence de lésions des cordes vocales susceptibles d'expliquer les troubles phonétiques.

2° *Toux*. — La toux est un symptôme *presque* constant, qui existe généralement dès le début de la maladie ; elle est consignée dans la plupart des observations, et son existence n'a rien de bien surprenant, si l'on songe que le malade a constamment à l'arrière-gorge une sensation de corps étrangers, dont il cherche naturellement à se débarrasser par des efforts de toux. Cette dernière est parfois quinteuse et sous forme d'accès, qui pourraient chez l'enfant, faire croire à l'existence d'une autre affection de l'arbre respiratoire ; ou bien c'est un simple « hem », une toux sèche, sans aucun caractère, mais toujours assez fréquente. D'autres fois enfin, ce symptôme peut manquer.

3° *Douleur*. — *Déglutition*. — Il n'existe pas de douleur réelle, c'est plutôt, comme nous venons de le dire, la sensation d'un corps étranger à l'arrière-gorge qui, suivant le siége de la tumeur, gênera plus ou moins l'acte de la déglutition (Mackensie, Schrotter), ou occasionnera un besoin constant d'avaler ; mais on n'a jamais observé de véritable douleur.

4° *Auscultation. Expectoration*. — L'auscultation et l'expectoration, ne nous fournissent aucune indication capable de mettre sur la voie du diagnostic.

(1) Nous savons, en effet, que pendant le chant, l'épiglotte se déjette d'autant plus en haut et en avant que la note est plus claire et plus élevée, et au contraire qu'elle vient couvrir l'orifice glottique dans l'émission des notes basses ; dans ce dernier cas, son influence consiste évidemment à ralentir les vibrations sonores renfermées dans le vestibule de la glotte (E. Fournié. Physiologie de la voix et de la parole. Paris 1866, p. 418.).

B. — Symptômes physiques ou objectifs. — 1° *Abaissement forcé de la langue.* — L'abaissement forcé de la langue fournira chez certaines personnes, quelques présomptions sur l'existence d'une tumeur laryngée, si cette dernière est volumineuse et située sur le bord libre de l'épiglotte ; on pourra même par ce moyen apercevoir une partie du néoplasme, surtout pendant les efforts de vomissements; mais il serait peut-être téméraire de se borner à ce simple examen, pour établir un diagnostic définitif et déduire le mode opératoire à employer.

2° *Toucher digital.* — Le toucher digital, au contraire, devient ici un élément précieux de diagnostic, surtout chez les jeunes enfants que l'appareil laryngoscopique pourrait effrayer. Un doigt un peu exercé reconnaîtra facilement la présence d'une tumeur extra-laryngée, indiquera son siége, sa forme, son volume, et surtout bien mieux que la vue, sa consistance. Le toucher est donc un moyen dont il faudra toujours user, lorsque la tumeur sera facilement accessible aux doigts de l'opérateur ; il devra toujours être préféré à la sonde, qui néanmoins, fournit également des indications assez précises sur la consistance et l'élasticité du néoplasme.

3° *Examen laryngoscopique.* — L'examen laryngoscopique a sur le toucher, l'avantage de mieux indiquer au praticien le point exact et le mode d'implantation du néoplasme, l'état des parties voisines (rougeur, anémie, état normal); il permet mieux de dire si la tumeur est unique, si elle est bien uniforme, lisse dans toutes ses parties, sessile ou pédiculée, sa coloration exacte, sa transparence ou son opacité, symptômes qui fixeront toujours le praticien sur la nature du liquide contenu dans la tumeur (liquide colloïde, séreux ou sanguin); enfin la vue permet toujours de décrire l'apparence de la partie malade, la présence ou l'absence de vaisseaux à sa surface, détails qui ont bien leur importance pour établir le diagnostic de kyste laryngien.

Les kystes extra-laryngiens se présentent, en général, sous la forme de tumeurs arrondies, à surface lisse et unie, ayant une teinte blanc jaunâtre un peu sale, leur paroi est souvent luisante, tellement elle est tendue, et lorsque le malade se décide à venir consulter un médecin, la tumeur a généralement acquis un certain volume; ce dernier

varie, comme on pourra s'en rendre compte dans les différentes observations que nous rapportons au cours de ce travail, entre une graine de groseille et une petite cerise.

Les kystes atteignent rarement uu volume plus considérable et il n'existe même, disait Beschorner (1) en 1877, que trois cas de kystes dont la grosseur ait atteint celle d'une graine de raisin, ce sont : celui de Rauchfuss (2), et deux de Makensie (3), qui ont été dessinés et rapportés par Ziemssem (4).

4° *Cathétérisme.* — Ce dernier mode d'exploration peut, avons-nous dit, être remplacé avec avantage par le toucher digital; cependant on devra user de la sonde toutes les fois que la tumeur sera située en dehors de l'épiglotte, sur les replis aryteno-épiglottiques ou les aryténoïdes, parties très difficilement accessibles au toucher chez l'adulte; ce dernier est du reste toujours désagréable pour le malade, dans la bouche duquel il faut introduire la main presque tout entière, pour arriver au point d'implantation d'un kyste situé sur l'un des points de l'organe vocal que nous venons de désigner. Du reste, dans ces cas les indications fournies par le toucher sont beaucoup moins précises à cause de la saillie des éminences aryténoïdes, saillies que l'on pourrait confondre avec une production pathologique.

III. — Marche. — Durée. — Terminaison — Pronostic.

Il est difficile d'indiquer le mode de progression des tumeurs kystiques extra-laryngées et de fixer le temps qu'elles mettent à se développer, à cause de l'absence des symptômes qui ne permettent de les observer que lorsqu'elles ont atteint un développement déjà assez considérable. Il est cependant très probable que ces tumeurs marchent assez lentement et mettent plusieurs années avant d'acquérir un certain volume; à moins qu'il ne survienne quelques causes capables de précipiter la marche de la maladie (rhumes, laryngites aiguës successives et de longue durée, vapeurs, poussières irritantes) et d'entretenir une irritation continuelle à l'arrière-gorge, en déterminant ainsi une suractivité vitale aussi bien sur les tissus sains que sur les tissus pathologiques organisés.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Peterb. médiz. Zeitsch.* 1865. III. *heft.*
(3) *Growths in lar.* p. 131 et 181.
(4) *Handb. der krank. der respir. appar.* 1 *heft.* p. 399.

La durée de ces tumeurs, comme celles décrites dans le chapitre précédent, n'est pas indéfinie, la poche qui renferme le liquide peut se rompre subitement, laissant s'écouler au dehors le contenu du kyste, amenant l'affaissement de ce dernier, puis sa guérison par les seules ressources de la nature. C'est un des modes de terminaison des kystes du larynx, à peine signalé par quelques auteurs, et dont Beschorner a rapporté deux exemples que nous allons résumer :

OBSERVATION IV

Kyste de l'épiglotte ouvert spontanément.

(Publiée par Beschorner *in Berlin. Klin. Wochens.* n° 42, 15 octobre 1877, 14e année, p. 620).

En examinant au laryngoscope un de mes confrères de cette ville, je trouvai par hasard du côté gauche, sur la face postérieure de l'épiglotte, un petit kyste, qui avait environ le volume d'une graine de poivre. Je proposai l'incision de la tumeur, qui fut repoussée, parce que le kyste ne déterminait aucune gêne au malade.

Trois ans plus tard, je pratiquai un nouvel examen de l'organe et le kyste avait complètement disparu.

Le cas signalé par Rauchfuss avait eu le même mode de terminaison; le kyste, qui avait le volume d'une noisette, occupait le repli glosso-épiglottique. Il fut écorché par le passage trop souvent réitéré de la sonde, et lorsqu'on voulut faire l'opération, on ne trouva plus qu'un repli de la muqueuse, le contenu du kyste s'était écoulé au dehors et quelques semaines après, il n'existait plus aucune trace du néoplasme.

Ce cas ne saurait être absolument assimilé à celui que rapporte M. le docteur Beschorner, car les attouchements réitérés avec la sonde avaient fini par user la paroi du kyste ou tout au moins entamer sa surface et permettre au contenu de s'écouler au dehors; c'était presque une véritable ponction de la poche kystique et non une *ouverture spontanée*.

OBSERVATION V

Kyste de l'épiglotte ouvert spontanément (*Loc. cit.*).

Un instituteur, G. A. B., de Kotschenbroda (près de Dresde), âgé de vingt-quatre ans, vint me consulter le 26 mars 1875, et l'examen au laryngoscope me révéla des symptômes de laryngite aiguë sans aucune tumeur.

Quelques jours après, il partait guéri.

Le 23 octobre 1876, il revint me voir, convalescent d'une fièvre typhoïde, pour me faire examiner ses poumons que je trouvais sains. Il n'éprouvait, du reste, ni dyspnée, ni envie de tousser, ni aucun autre symptôme qui pût faire songer à une maladie du larynx. Pas d'enrouement, pas de difficulté pour avaler, aucune sensation de corps étrangers à l'arrière-gorge. Comme le moindre petit cheveu ou autre objet placé sur la base de la langue cause une gêne extraordinaire, mon étonnement a été grand lorsque l'examen laryngoscopique me fit voir un néoplasme assez volumineux, dont je donne le dessin. *(Fig. 11).*

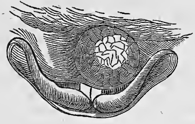


Fig. 11.

Il avait la grosseur d'une cerise, sa surface était lisse, aplatie au niveau de son insertion à la face antérieure de l'épiglotte du côté gauche; il avait environ un centimètre et demi de diamètre. La coloration de l'enveloppe était jaune grisâtre et parcourue d'un fin réseau vasculaire. Le toucher me permit de sentir la fluctuation et de confirmer l'idée que je m'étais faite d'une tumeur kystique. Les mouvements de l'épiglotte n'étaient point gênés, le chant était possible. Ayant l'intention de montrer ce cas, rare dans son genre, à la Société scientifique, je ne pratiquai point l'opération, recommandant au malade de ne manger aucun aliment dur.

Mais à l'examen que je pratiquai ensuite le 30 octobre, c'est-à-dire sept jours après le premier, la poche du kyste était déchirée et en partie vidée, et quatre jours après, rien ne trahissait la présence d'un néoplasme.

Le malade affirme n'éprouver aucun changement dans son état habituel.

Pronostic.—Il est des plus bénins, car aussitôt l'enveloppe de la tumeur rompue, la guérison et l'absence de récidive, peuvent être considérées *comme une règle absolue* (1); d'autant plus que l'incision du kyste est toujours assez facile, pour que l'on ne se borne pas à une simple ponction.

(1) D'après ce que nous savons des autres kystes, dit Mackensie, nous serions portés à croire que les tumeurs kystiques du larynx sont susceptibles de se reproduire, mais l'expérience a prouvé jusqu'à ce jour, que, bien opérés, convenablement vidés, et cautérisés, ils n'ont pas de tendances à se reproduire.

IV. — Diagnostic.

Le diagnostic d'une tumeur extra-laryngée étant fait à l'aide de l'examen laryngoscopique, ou par le toucher digital, lorsque le premier mode d'exploration sera impraticable, il s'agira de déterminer la nature de cette tumeur pour en déduire le manuel opératoire.

On éloignera facilement l'idée d'une maladie aiguë par l'apparition presque soudaine, dans ces cas, des symptômes accusés par le malade, leur acuité, surtout leurs caractères spéciaux, par l'étendue et la généralisation des lésions constatées dans le miroir : Ainsi dans le cas d'œdème aigu des replis aryténo-épiglottiques, on pourra apercevoir deux tumeurs à surface lisse, unie, d'un aspect blanc grisâtre, transparentes et faisant saillie à l'intérieur du larynx, comme dans le cas que nous venons de publier récemment (1), mais la présence même de ces deux tumeurs adossées par leur base, les symptômes inflammatoires qui les accompagnent, ne permettront pas d'hésiter longtemps pour poser le diagnostic de la lésion que l'on a sous les yeux.

On ne pourrait davantage songer à confondre les gommes de l'épiglotte avec les kystes de cet organe; la gomme a un aspect jaunâtre caractéristique, la muqueuse environnante est rouge, œdématiée ou plutôt tuméfiée; la gomme ne tarde pas à s'ulcérer et à entraîner des pertes de substance considérables.

Les abcès du larynx ont également une marche aiguë et déterminent une réaction inflammatoire avec douleurs à la déglutition, engorgement des ganglions sous-maxillaires qui ne nous permettent pas d'insister sur le diagnostic différentiel d'avec ces maladies aiguës (2).

Le cancer, les œdèmes chroniques du larynx n'existent jamais seuls, et la présence d'ulcérations, de catarrhe chronique concomittant, éloignerait facilement l'idée d'une tumeur

(1) *Revue mensuelle du laryng.* (1er septembre 1880),

(2) *Sestier* dit que chez une femme, citée par Gullen, existaient autour de l'orifice supérieur du larynx, quatre abcès sous-muqueux, deux petits à la surface supérieure de l'épiglotte, deux plus grands recouvrant la moitié de la surface pharyngienne de la partie commune au larynx et au pharynx; mais il y avait en outre une tuméfaction des replis ary-épiglottiques, et des ulcérations taillées à pic, qui auraient suffi pour éloigner l'idée d'un kyste. (*Traité de l'ang. laryng. œdémat.*, p. 41).

kystique. Celle-ci, en effet, constitue à elle seule toute la lésion; leur forme régulière, leur surface lisse et unie, leur aspect opalin ou jaunâtre sale plus ou moins transparent, sont des signes suffisants pour les faire reconnaître. Enfin, dans les cas douteux, le toucher digital ou la sonde seront des éléments précieux qui fixeront sur la consistance de la production morbide, sur sa nature solide ou liquide, et l'on ne devra, dans aucun cas, négliger ces deux moyens d'assurer son diagnostic.

Nous ne parlerons que pour mémoire des kystes sanguins comme celui qui a été observé par M. le docteur Sommerbrodt, ce sont des exceptions pathologiques avec lesquelles il ne faut jamais compter et dont la sonde, le toucher ou la vue feront reconnaître la nature; puisque ces dernières tumeurs sont également molles, fluctuantes, mais d'un aspect noirâtre, rouge foncé, tout à fait caractéristique.

V. — **Traitement.**

Le traitement curatif, seul applicable, pourra consister en *ponction*, *excision* ou *écrasement* de la tumeur. La ponction pourra être curative, mais de tous les moyens de traitement employés, c'est certainement celui qui offre le moins de garanties pour éviter les récidives de la tumeur; comme l'excision est aussi facile à pratiquer, vu la situation du néoplasme au dehors de l'organe vocal, et la facilité avec laquelle on peut l'atteindre, nous préférerions ce dernier moyen de traitement que l'on pourra pratiquer soit avec le couteau couvert de Bruns, soit avec des ciseaux courbes, disposés à cet effet.

Nous conseillons l'emploi du couteau, toutes les fois que la tumeur sera située en dehors de l'épiglotte (replis aryténo-épiglottiques, aryténoïdes), c'est-à-dire à une trop grande profondeur pour que l'on puisse y porter les ciseaux; mais dans tous les cas où le kyste sera sur le couvercle laryngien, l'emploi des ciseaux courbes devra être préféré. En effet, ces derniers permettront d'enlever un lambeau assez considérable de la poche du néoplasme, pour que la récidive ne soit pas à craindre, même sans cautérisation consécutive. Dans certains cas, on arrivera à saisir la tumeur par sa base et à l'exciser tout entière au niveau de son point d'im-

plantation; et toujours l'incision faite de cette manière, sera suffisante pour laisser le liquide s'écouler au dehors. L'on pourra également obtenir, si on le désire, un fragment de l'enveloppe du kyste, suffisant pour pratiquer des coupes microscopiques et en étudier la structure histologique (1) (c'est le procédé qui a été employé par le docteur Ch. Fauvel pour l'excision du kyste de notre jeune malade.)

L'écrasement de la tumeur donnera aussi de bons résultats, mais, vu les facilités de l'opération à l'aide des instruments tranchants (ciseaux mousses à leur extrémité), et aussi à cause du volume assez considérable de la tumeur, nous préférons l'excision à l'aide des ciseaux.

Citons encore le serre-nœud de Störck, qui a été employé par quelques spécialistes, mais qui avec l'anse galvanique trouvent plutôt leur indication, pour l'ablation des tumeurs *solides* intra ou extra-laryngées.

Conclusions.

De tous les faits qui précèdent nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les kystes du larynx (extra ou intra-laryngés) sont des lésions rares.

2° Leur siège de prédilection est, par ordre de fréquence : les cordes vocales inférieures, l'épiglotte (face linguale ou laryngée), les ventricules de Morgagni, les replis ary-épiglottiques et les cartillages aryténoïdes, où les kystes sont des lésions tout à fait exceptionnelles.

3° Les kystes intra-laryngés offrent les mêmes symptômes que les autres tumeurs du larynx, mais la voix présente très rarement des intermittences de clarté et de raucité que l'on retrouve dans les tumeurs pédiculées.

L'altération de la voix, symptôme constant lorsque la tumeur occupe l'une des cordes vocales, est un guide à peu près certain pour indiquer l'âge du kyste.

Si le kyste occupe l'intérieur de l'un des ventricules de Morgagni, les troubles vocaux pourront n'apparaître qu'au moment où la tumeur arrivera au niveau des cordes vocales inférieures.

4° Le seul moyen de reconnaître l'existence des kystes

intra-laryngés est l'examen laryngoscopique qui seul peut fixer sur le siège, le volume, la forme, l'aspect du néoplasme; la sonde indiquera sa consistance et devra toujours être employée pour reconnaître la fluctuation.

Dans les tumeurs de l'épiglotte, le toucher digital et l'abaissement forcé de la langue seront des éléments précieux de diagnostic qu'il ne faudra pas négliger; mais ils ne sauraient suffire, surtout chez l'adulte, et il faudra toujours leur adjoindre, lorsqu'il sera possible de le faire, l'examen de l'organe à l'aide du miroir laryngien.

5° Les kystes du larynx sont des tumeurs uniques, sessiles sur la muqueuse où elles sont implantées, ayant une forme arrondie, d'un volume qui varie entre un grain de millet et celui d'une graine de groseille pour les tumeurs intra-laryngées; du volume d'une graine de groseille à celui d'une cerise ou d'une amande pour les kystes de l'épiglotte. Leur surface est lisse, unie, plus ou moins transparente; leur coloration est jaunâtre ou blanchâtre, opaline lorsqu'elles siègent sur les cordes vocales. Un réseau vasculaire plus ou moins délicat, très délié, parcourt souvent la surface de ces néoplasmes lorsqu'ils ont acquis un certain volume.

6° Leur structure anatomique et celle de leur contenu ne diffèrent nullement de celle des autres kystes muqueux développés dans la bouche ou sur la langue, etc.

7° Ces tumeurs sont dues à la dilatation ampullaire des culs-de-sacs glandulaires dont les conduits excréteurs se sont oblitérés sous l'influence d'une cause assez difficile à déterminer.

Les conduits excréteurs eux-mêmes peuvent subir la dilatation kystique et former les tumeurs que l'on a constatées dans l'organe vocal.

8° La marche des kystes du larynx est généralement progressive. Ils peuvent subir un arrêt dans leur développement, puis reprendre ensuite, sous l'influence d'une cause indéterminée, un nouvel accroissement; mais généralement, ils mettent plusieurs années avant d'atteindre un volume assez considérable pour donner lieu à des symptômes qui permettent de soupçonner leur presence (nous exceptons les tumeurs développées sur l'un des rubans vocaux).

9° Les kystes du larynx sont des tumeurs bénignes pou-

vant se rompre subitement sous l'influence d'un effort (vomissements, cris, toux, etc.), et leur contenu s'évacuer. La tumeur disparaît alors d'elle-même, sans laisser de traces de son passage.

10° Le diagnostic est facilement établi d'après les symptômes physiques observés par le médecin.

11° Le traitement qui nous semble le plus favorable est : A — pour les kystes intra-laryngés, l'écrasement à l'aide de la pince à polype, qui nous semble plus facilement praticable que l'excision de la tumeur avec le couteau à polype, ce dernier exigeant une tolérance du malade ou une anesthésie de l'organe vocal, quelquefois dangereuse pour le patient; B — pour les kystes de l'épiglotte, l'incision de la poche à l'aide de ciseaux courbes qui permettent d'enlever un véritable lambeau de la poche du kyste.

12° Les récidives des kystes du larynx sont *tout à fait exceptionnelles,* et n'ont été constatées qu'une fois, à la suite d'une simple ponction de la tumeur. Dans ces cas la tumeur se remplit à nouveau dans un temps relativement court.

KYSTES DU

Nos des observations	DATES	SEXES	AGES	PROFESSIONS	SYMPTOMES
1	1863	Homme.	11 ans.	....	Aphonie, toux rauque, dysphagie, accès de suffocation.
2	1863	Homme.	Agé.	... .	....
3	1863	Homme.	64 ans.	Médecin.	Enrouement, aphonie par intervalles.
4	1865	Homme.	....	....	....
5	1866	Femme.	15 ans.	....	Enrouement, toux par intervalles.
6	1866	Homme.	54 ans.	....	Enrouement, toux persistante.
7	1863	Femme.	38 ans.	....	Aphonie, dyspnée et essoufflement.
8	1866	Femme.	24 ans.	....	Dysphagie sans altération de la voix, pas de toux.
9	1870	Homme.	45 ans.	Marchand de bestiaux.	Sensation de corps étrangers.
10-11-12	1870	....	....	....	Rapportés sans détails.
13	1869	Homme.	22 ans.	Vétérinaire	Enrouement, dysphagie, sensation de corps étranger.
14	1871-73	Homme.	35 ans.	....	....
15-16	1871-73	....	....	....	Pas de détails.
17	1871-73	Femme.	46 ans.	....	....
18	1871-73	Femme.	47 ans.	....	....
19	1872	Homme.	....	Médecin.	Enrouement.
20	1873	....	....	....	....
21	....	....	....	....	....
22	1874	Homme.	....	....	Enrouement.
23	1875	Fille.	37 heures	....	Gêne respiratoire, asphyxie.

LARYNX

SIÉGES	PROCÉDÉS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS	RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES
Face laryngée de l'épiglotte.	Incision avec un bistouri recourbé	Guérison.	DURHAM. — Transact. of. médic. chirurg. soc. T. XLVIII. p. 7.
Ventricule droit.	....	....	VIRCHOW. — Die Krank. Geswülste, vol. 1, p. 246. Berlin, 1re édit.
Ventricule droit.	Ponction avec le couteau couvert.	Guérison.	BRUNS. — Die Laryngosk. und die laryngosk. chirurg. Tubingen. 1865 p. 383.
Épiglotte.	Ouverture spontanée due à une éraillure de la sonde.	....	RAUCHFUSS. — Pétersb. médiz. Zeitsch. 1865 III. Heft.
Corde vocale gauche.	Incision avec le couteau couvert.	Guérison.	MERCKEL. — Deust. Klin. zeitung fur Beabachtung. aus deust. Klinik. und Krankenh. 21 Juillet 1866.
Épiglotte.	Incision avec les ciseaux et le couteau à polype.	Guérison.	SCHRÖTTER. — Médiz. jahrbuch XIIme vol., 6me fasc. Vienne, 1866 p. 188.
Corde vocale droite.	Écrasement.	Guérison.	GIBB. — Diseases of the throat and windpipe, 2e édit. 1868. p. 154.
Épiglotte.	Incision.	Guérison.	MORELL-MACKENSIE. — Médic. times and gaz. Vol. 1, p. 631, 1868.
Épiglotte, face laryngée.	Serre nœud, crochet et bistouri, après avoir pratiqué l'anesthésie du larynx.	Guérison.	SCHROTTER. — Jahresb. der klin. fur laryngosk. Vienne, 1870, p. 50.
....	....	....	Dito dito
Épiglotte sur ses deux faces, contournant son bord libre.	Incision avec la lancette laryngienne.	Guérison.	MORELL-MACKENSIE. — Growths in the larynx, p. 181. Observat. 85. 1871.
Épiglotte.	Crochet, ciseaux de Tobold.	Guérison.	SCHROTTER. — Laryngol. mittheil jahresb. der Klin. fur laryngosk. Vienne, 1871-73, p. 57.
Épiglotte.	....	....	Dito dito
Aryténoïde droit.	Incision.	Guérison.	Dito dito
Aryténoïde gauche.	Pas opéré.	....	Dito dito
Corde vocale gauche.	Incision avec le couteau lanceolé.	Guérison.	SOMMERBRÖDT. — Berlin. Klin. Wochensch. 1872 no 9.
Épiglotte.	....	....	BRUNS. — Die laryngosk. und die laryngosk. chirurg. Tubingen 1873, p. 145, 2e édit.
Ventricule de Morgagni.	....	....	Dito dito
Cordes vocales.	N'a pas été opéré.	....	TOBOLD. — Laryngosk und Kehkop-Krankheit. Klinisch. Lehrbuch Berlin 1874, p. 498-99.
Épiglotte.	Mort-né.	....	EDIS. — Transact. of médico. chirurg. societ. London, 1876. Vol. XVIII p 2.

KYSTES DU

Nos des observations	DATES	SEXES	AGES	PROFESSIONS	SYMPTOMES
24	1869	Homme.	39 ans.	Abbé.	Enrouement.
25	1872	Homme.	19 ans.	....	Enrouement.
26	1873	Homme.	14 ans.	....	Enrouement progressif.
27	1877	Homme.	......	Médecin.	Nuls.
28	1876	Homme.	24 ans.	Instituteur.	Nuls.
29-30	1879	....	......	....	....
31	1875	Femme.	22 ans.	....	Enrouement.
32	1873	Homme.	22 ans.	....	Enrouement, sensation de corps étranger.
33	1874	Femme.	36 ans.	....	Enrouement.
34	1874	Homme.	40 ans.	Médecin.	Enrouement.
35-36	1880	....	......	....	....
37	1880	Homme.	25 ans.	....	Aphonie.
38	1880	Femme.	50 ans.	....	Aphonie, dyspnée.
39	1880	Homme.	39 ans.	Pasteur.	Sensation de corps étranger.
40	1880	Femme.	46 ans.	....	Dysphagie, picotements à l'arrière-gorge.
41	....	Homme.	......	Carme.	Enrouement.
42 à 54	1880	Femme.	......	....	Pas de renseignements.
55 à 63	1880	Homme.	......	....	Dito
64	1880	Homme.	37 ans.	Mécanicien.	Enrouement.
65	1880	Homme.	42 ans.	Marchand de vins.	Enrouement.
66	1880	Femme.	28 ans.	Couturière.	Enrouement.
67	1880	Fille.	7 ans 1/2	....	Toux Coqueluchoïde.
68	1880	Homme.	32 ans.	Cocher.	Picotements à l'arrière gorge, enrouement.
69	1880	Homme.	......	....	Dysphagie, troubles de la voix.
70	1881	Femme.	......	....	Troubles vocaux.

LARYNX

SIÈGES	PROCÉDÉS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS	RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES
Angle des cordes vocales	Écrasement.	Guérison.	FAUVEL. — Traité des maladies du larynx. Paris 1876, p. 475. Observat. CXIV.
Épiglotte bord libre, côté gauche.	Incision avec la lancette cachée.	Guérison.	Dito. — Observat. CCIX, p. 569.
Face supérieure de la corde vocale droite.	Écrasement.	Guérison.	Dito. — Observat. CCXXX, p. 597.
Face postérienre de l'épiglotte.	Ouverture spontanée.	....	BESCHORNER. — Berlin. Klin. Wochens. n° 42, 15 oct. 1877. 14° année, p. 620.
Face antérieure de l'épiglotte, à gauche.	Ouverture spontanée.	....	Dito Dito
Aryténoïdes.	....	....	COHEN. — Diseases of the throat, and air passages p 538, 2° édit. New-York, 1879.
Corde vocale droite, au milieu.	Ponction.	Récidive et opérée à nouveau, guérison.	SOMMERBRODT. — Bresl. arztlich' zeitsch. n° 1. Sonnab. den 10 Janv. 1880.
Corde vocale gauche, au milieu.	Incision.	Guérison.	SOMMERBRODT. — Beitrage zur path. des Kelhk. Breslau. 1880, p. 2 et 3.
Corde vocale gauche.	Pas opérée.	....	Dito dito
Corde vocale gauche, bord libre.	Incision avec le couteau lancéolé.	Guérison.	HEINZE. — Archiv. of. laryngol. New-York: 1880, p. 25. vol. 1.
Épiglotte.	....	....	SCHROTTER les possède dans sa collection.
Ventricule droit.	Incision.	Guérison.	Félix SEMON, de Londres.
Ventricule droit.	Incision.	Guérison.	Dito dito
Épiglotte côté gauche.	Incision au couteau galvanique.	Guérison.	LENNOX-BROWNE, de Londres.
Épiglotte face linguale.	Incision avec bistouri laryngien.	Guérison.	Thomas SLEWELYN, de Londres.
Corde vocale droite.	Incision avec fil d'acier pointu.	Guérison.	KRISHABER, de Paris
....	....	Guérison.	ZAWERTHAL, de Rome.
....	....	Guérison.	Dito dito
Corde vocale droite.	Écrasement.	Guérison.	COUPARD, chef de clinique du docteur Ch. Fauvel.
Corde vocale droite.	Écrasement.	Guérison.	Dito dito
Corde vocale gauche.	Écrasement.	Guérison.	Personnelle.
Épiglotte, face linguale.	Incision.	Guérison.	Dito
Corde vocale droite.	Écrasement.	Guérison.	Dito
Entre la base de la langue et la face antérieure de l'épiglotte.	Écrasement.	Guérison ...	SOLIS-COHEN, archiv. of laryngolog. New-York 1880, vol. 1, n° 3, Septembre.
Portion sous-glottique du larynx	Ouvert spontanément.	Guérison ...	Lettre particulière, Avril 1881.

Otologie.

Pathologie et thérapeutique générales de l'oreille.

DIAGNOSTIC

Par J. BARATOUX.

PRÉFACE

Depuis quelques années, l'otologie a fait des progrès considérables ; toutes les parties de cette branche de la médecine ont été tour à tour étudiées. L'anatomie et la physiologie se sont enrichies de certains faits ignorés jusqu'à ce jour. L'oreille externe et l'oreille moyenne nous sont assez bien connues à ce double point de vue, mais l'oreille interne ne nous a pas encore révélé tous ses secrets.

Si nous ne pouvons dire aujourd'hui que la pathologie de cet organe n'est pas aussi avancée et qu'elle ne nous a pas laissé pénétrer ses mystères, peut-être faut-il n'en accuser que le mode d'examen que nous employons actuellement.

Au reste, il n'est pas très facile d'aller à la recherche d'un organe qui se cache pour ainsi dire au milieu du crâne. En effet, le tympan, qui est presque la seule partie importante de l'oreille que nous puissions apercevoir est à plusieurs centimètres de l'orifice extérieur du conduit auditif.

Aussi, tous les otologistes ont-ils cherché à en rendre l'examen plus facile. Ils ont modifié tour à tour les instruments destinés à nous montrer cette membrane, et les appareils inventés pour l'éclairer.

Mais ces instruments, ces appareils ne nous auraient donné qu'une notion bien vague de l'état des diverses parties de l'oreille, si l'étude des divers moyens nécessaires à l'exploration de l'acuité auditive n'était venus s'y adjoindre.

Il y a peu de mois encore, une découverte a jeté un jour nouveau dans cette branche de la médecine, je veux parler du téléphone et du microphone, appelés à un grand avenir.

Aussi, devant les progrès incessants accomplis depuis quelques années, avons-nous cru devoir passer en revue tous les modes d'exploration de l'oreille connus jusqu'à ce

jour. Nous étudierons donc successivement les instruments destinés à l'examen du conduit auditif externe et de la membrane du tympan, c'est-à-dire le speculum et l'éclairage employés par les principaux otologistes tant anciens que contemporains. Puis nous consacrerons un chapitre à l'étude de la perception crânienne et de l'acuité auditive : c'est ici que nous ferons connaître les instruments récents non encore décrits dans les livres classiques. Nous signalerons ensuite les divers modes de cathétérisme, de la trompe d'Eustache, avec les différents appareils destinés aux injections de l'oreille moyenne; puis nous ferons une revue générale de thérapeutique, en insistant surtout sur les médicaments qui ont été récemment introduits dans la médecine auriculaire; en même temps, nous donnerons un court aperçu des divers instruments destinés aux principales opérations que l'on pratique sur l'oreille. Nous terminerons cette étude par un résumé des principaux cornets acoustiques et des audiphones que l'on a préconisés dans ces derniers temps.

Dans le cours de ce travail, nous aurons souvent recours aux traités classiques, dans lesquels nous puiserons amplement, notre but étant de vulgariser l'étude des maladies de l'oreille. Aussi, citerons-nous une fois pour toutes les traités et les diverses publications de Triquet, Troeltsch, Miot, Gellé, Bonnafont, Delstanche; les divers journaux tant français qu'étrangers : *Annales des maladies du larynx et des oreilles*, *Journal of otology, Monatsschrift für ohrenheilkunde*, etc.

Grâce à l'obligeance des principaux fabricants d'instruments de Paris, nous pourrons joindre à nos descriptions le dessin de la plupart des instruments employés en otologie.

Exploration du conduit auditif externe et de la membrane du tympan.

Des Speculums — Speculums bivalves — Speculums trivalves — Speculums pleins — Speculums pneumatiques — Eclairage — Otoscopes — Examen du malade.

Exploration du conduit auditif externe et de la membrane du tympan. — Dans cette exploration, le chirurgien doit se proposer en premier lieu de redresser et de dilater le conduit; en deuxième lieu, de concentrer dans sa cavité la plus grande quantité de lumière possible.

On parvient à redresser à peu près complètement la cour-

bure du canal, en attirant le pavillon de l'oreille en haut et en arrière et on dilate en même temps le méat en repoussant le tragus en avant.

Quand le conduit est large et quand sa courbure est légère, on peut le découvrir en totalité et en même temps on peut voir une partie du tympan ; mais le plus souvent, en raison de l'étroitesse et de la courbure du conduit, la vue ne peut pas pénétrer aussi profondément et l'on est obligé d'avoir recours à des instruments capables de redresser complètement et de dilater légèrement le conduit. Aussi, depuis longtemps, se sert-on d'un instrument destiné à cet effet, et connu sous le nom de *speculum auris*.

Des Speculums.

Le speculum de l'oreille remonte à une époque très éloignée.

On en trouve la première description dans les œuvres de Fabrice, de Hilden (Fabry, né à Hilden, village tout près de Düsseldorf), 1646.

Son instrument était grossier; il se composait de deux valves longues, grosses, épaisses, formant par leur réunion un tronc de cône allongé. Elles sont supportées par des branches de forme pyramidale assez massives et formant avec celles-ci une obliquité assez faible.

La forme de cet instrument a été modifié par les modernes.

Itard, le premier, le perfectionna. Il modifia les valves qu'il aplatit et fit des branches légères, par conséquent plus faciles à manier. Kramer raccourcit l'extrémité auriculaire des valves. Bonnafont fit construire un speculum à courte branche et y ajouta un anneau métallique destiné à laisser passer une vis.

Les speculums pleins n'ont paru qu'après les speculums bivalves. Neubourg fit le premier en corne. Gruber choisit le maillechort, Wilde préféra l'argent, Politzer le caoutchouc durci. Deleau, Toynbee, Gruber fils, Politzer et Miot y apportèrent diverses modifications.

Mais avant de donner la description des principaux spéculums, disons un mot sur la nature de la substance employée pour leur construction.

Le métal qui a servi à la construction des spéculums a été alternativement : Le maillechort, l'argent, l'aluminium, le

cuivre nikelé; d'autres substances ont encore été employées ainsi : le bois, la corne, l'ivoire, le caoutchouc durci, la gutta-percha, le verre.

Mais les meilleurs spéculums sont ceux en maillechort, en argent et en cuivre nikelé. Cependant, ceux en bois et en verre sont très commodes pour la galvanocaustie thermique.

Division des speculums.

On divise les speculums en :

1° Speculums à valves..... { *a.* bivalves; *b.* trivalves;

2° Speculums pleins;

3° Speculums pneumatiques.

I

SPECULUMS BIVALVES.

On peut les ranger en deux classes :

A. Speculums bivalves à *longues* branches.

B. Speculums bivalves à *courtes* branches.

A. — *Speculums bivalves à longues branches.* — Parmi ceux-ci, nous citerons ceux de Itard, Kramer, Triquet, Blanchet et Miot.

Le speculum d'Itard se compose de valves droites, assez larges, représentant un tronc de cône assujetti à des branches peu longues qui ont le défaut d'être presque perpendiculaires aux valves; ce qui fait que la main du médecin touche souvent la paroi latérale de la tête du malade *(Fig. 1)*.



Fig. 1.
Speculum bivalve d'Itard.

Celui de Kramer, diffère du précédent en ce que l'extrémité auriculaire des valves est très rétrécie en forme de tronc de cône dont la base est réunie à un sommet de cône tronqué. Ces valves présentent une courbure pour ainsi dire modelée sur celle du conduit auditif. Mais les parties destinées à entrer dans le conduit sont trop petites. Il est presque abandonné aujourd'hui.

Triquet a fait ajouter à ce speculum une tige articulée à angle droit avec l'extrémité libre de l'une des branches : cette tige ou règle est graduée en centimètres et millimètres de manière que la branche opposée en parcourant ces divisions, mesure l'écartement des valves et nécessairement la largeur du conduit *(Fig. 2)*.

Blanchet a construit un speculum conique à base brusquement évasée. Le bord supérieur des valves est légèrement convexe, et le bord inférieur concave de manière à se rapprocher un peu de la direction de la paroi inférieure du conduit auditif externe. Les branches de cet instrument perpendiculaires aux valves sont un peu trop courtes.

Garrigou-Désarènes a fait un speculum dont l'écartement des valves est limité; il est en outre muni d'un écran percé d'un trou central destiné à ne laisser passer que les rayons lumineux qui se rendent au tympan.

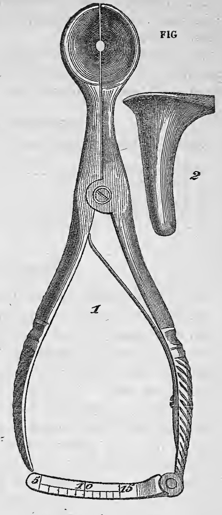


Fig. 2.
Speculum bivalve de Triquet.

Le speculum de Miot se rapproche de celui de Kramer. Il est composé d'une partie rétrécie et d'une partie évasée. Les parties latérales des valves sont légèrement aplaties et non coniques, car elles sortiraient du conduit en les écartant. Les branches sont fortement coudées de sorte que la main tenant l'instrument est éloignée de la tête du malade.

J'ai modifié cet appareil en coudant à angle droit les branches dans leur partie moyenne.

Nous verrons plus loin comment plusieurs de ces speculums ont été disposés pour servir d'otoscopes.

B. — *Speculums bivalves à courtes branches.* — Parmi ceux-ci, nous citerons ceux de Bonnafont, de Garrigou-Désarènes et de Miot.

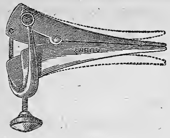


Fig. 3.
Speculum bivalve de Bonnafont.

Le premier instrument de ce genre a été inventé par Bonnafont.

Il est composé de deux valves longues, déprimées à leur partie moyenne où elles sont articulées entre elles. A une des valves est un arc métallique, à l'autre est une vis traversant l'arc. En agissant sur la vis on écarte plus ou moins les valves. Ce speculum peut tenir seul, mais il reste rarement parallèle à l'axe longitudinal du conduit (*Fig. 3*).

L'instrument de Garrigou-Desarènes se compose de deux valves convexes, ayant chacune une branche courte et légère. L'une d'elles est pereée d'un trou dans lequel passe une tige à crémaillère fixée à l'autre branche du speculum.

Le speculum de Miot a deux valves réunies par deux branches perpendiculaires à celles-ci. Ces deux tiges sont réunies à leur extrémité au moyen d'une charnière. A une de ces branches, vers sa partie moyenne, est une vis qui passe dans un pas de vis dont est muni l'autre. Ces valves peuvent s'écarter en pressant sur les parois du conduit.

Qualités du speculum bivalve. — Un bon speculum bivalve doit satisfaire à plusieurs conditions :

Les valves ne doivent pas être trop larges, car on ne pourrait les introduire dans un conduit dont le calibre serait de petite dimension; si elles sont trop étroites, elles écartent mal la portion fibro-cartilagineuse et les poils gênent la vue. On comprend aussi qu'elles ne doivent pas être trop épaisses. Il faut qu'elles soient résistantes, car elles céderaient sous l'effort que l'on fait pour écarter les parois. Il ne les faut pas trop longues, car elles feraient saillie à la surface du pavillon, ce qui est inutile. Elles ne doivent pas être trop courtes, car on ne pourrait les introduire assez profondément.

Dans les instruments de Fabrice de Hilden, d'Itard, de Kramer et de Blanchet, les branches sont perpendiculaires aux valves, disposition fâcheuse, il vaut mieux qu'elles forment un coude, ce qui permet d'avoir la main à une distance assez considérable de la tête du malade, c'est ce qu'a fait M. Miot pour son speculum.

II

SPECULUM TRIVALVE.

Employé en Angleterre. On l'a complètement délaissé car son emploi est douloureux.

III

SPECULUM PLEIN.

Ce fut Neubourg qui fit le premier spéculum plein.

Parmi les différents modèles, nous citerons ceux de Wilde, Deleau, Toynbee, Gruber, Politzer, Trœltsch et Miot.

Le speculum de Wilde (1844) est un petit tube en argent de forme conique mesurant environ 4 centimètres de longueur. Sa plus grande ouverture est large de 17 millimètres et sa plus petite de 4 à 6 millimètres.

Deleau fit construire des entonnoirs présentant une extrémité auriculaire munie d'un bourrelet épais qui a le tort de diminuer la lumière du conduit.

Le speculum de Toynbee (1850) consiste en un cylindre ovale dont l'extrémité externe est évasée en entonnoir.

Le speculum de Gruber rappelle beaucoup celui de Toynbee. C'est un cylindre ovale avec dilatation infundibuliforme du pavillon noirci à l'intérieur dans toute la partie qui correspond à l'évasement (*Fig. 4*).

Le jeu se compose de 4 speculums. Chacun d'eux a une longueur totale de 3 centimètres 1/2. Mais les dimensions des ouvertures varient avec chaque speculum.

Évasement du pavillon :

N° 1.	G d	18^{mill}.	N° 3.	g d	15^{mill}.
	p d	16		p t	13
N° 2.	G d	16	N° 4.	g d	14
	p d	14		p d	12

GALANTE

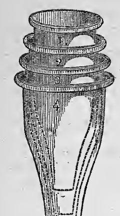


Fig. 4.
Speculum plein de Gruber.

Longueur de l'évasement : environ la moitié de la longueur totale.

L'orifice auriculaire de l'instrument doit être émoussé pour ne pas blesser le conduit et très mince pour laisser le plus de place possible aux rayons lumineux.

En voici les dimensions :

N° 1.	G d 7$^{\text{mill.}}$	N° 3.	g d 5$^{\text{mill.}}$ 1/2.
	p d 5		p d 5
N° 2.	g d 6	N° 4.	g d 4 1/2
	p d 5		p d 4

Le speculum de Politzer est en caoutchouc durci. C'est un cylindre tronc conique formé par la réunion d'un évasement en entonnoir ou pavillon avec tube cylindrique. Il tient à la fois du speculum de Wilde (par son ouverture auriculaire ronde) et de celui de Toynbee (par son entonnoir.)

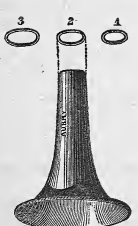


Fig. 5.
Speculum plein Troeltsch.

Troeltsch le fait faire en argent. Le jeu se compose de trois speculums qui peuvent s'emboîter l'un dans l'autre comme on le voit dans la *figure 6*.

Miot a fait faire des speculums en verre très fragiles, mais qui sont très utiles pour la galvanocaustie thermique.

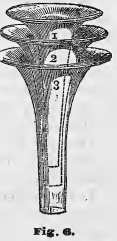


Fig. 6.
Jeu de trois speculums pleins de Troeltsch.

De plus, il a fait faire un modèle en aluminium et un autre en maillechort.

Récemment M. Miot a modifié le speculum de Troeltsch en ajoutant perpendiculairement à sa partie évasée, un rebord de 7 à 8 millimètres.

Voici les dimensions du jeu composé de trois speculums nécessaire pour l'examen de l'oreille.

Le diamètre intérieur de l'extrémité auriculaire qui est arrondie, a successivement 40, 50 et 65 millimètres. Quant à la partie évasée, elle a, dans les trois speculums, 23 millim. d'ouverture; si on y ajoute la dimension du rebord qui a environ 8 millim., on obtient ainsi un diamètre de 38 millim. pour la partie extérieure.

Ces trois instruments ont une même longueur, 38 millim.

Qualités du speculum plein. — Les qualités d'un bon speculum plein sont : qu'il soit léger, à parois résistantes, polies, assez minces. L'extrémité auriculaire doit être arrondie, sans bourrelet.

La surface interne joue un grand rôle dans l'éclairage de l'oreille. Les surfaces bleu, jaune, rouge, modifient la couleur du tympan, en donnant des teintes grisâtres, tandis que quand on se sert d'un speculum à surface intérieure oxydée, l'éclairage est très bon.

Le speculum à surface intérieure blanche, donne une teinte gris sale au tympan. Le jaune donne un reflet verdâtre. Le noir un aspect brumeux.

La surface intérieure donnant le meilleur éclairage est encore la surface oxydée.

Les meilleures dimensions pour un speculum sont :

Longueur, 3 centim. 1/2.

Diamètre auriculaire, 4, 5, 6 millim.

Pavillon, 21, 23, 25 millim.

La partie évasée contient à peu près le tiers de la longueur totale de l'instrument.

Les speculums d'aluminium se détériorent plus que ceux en argent ou en maillechort. Les instruments en caoutchouc coûtent moins cher, mais aussi sont moins durables que ceux en argent. Nous donnons la préférence aux speculums en cuivre nikelé, qui ont l'avantage des instruments en argent, tout en étant d'un prix moins élevé.

Trois speculums suffisent pour la pratique; ils peuvent s'emboîter l'un dans l'autre. *(Voir Fig. 6.)*

(A suivre).

Revue Bibliographique.

Contribution à l'étude des troubles auditifs dans le mal de Bright.

Par A. Doumergue. (1)

Ce sujet, sur lequel les docteurs Schwartze, Nefftel, Rosenstein et Dieulafoy ont attiré l'attention, a déjà été traité dans une thèse, il y a deux ans, par M. Pissot, élève de M. Dieulafoy; mais jusqu'à ce jour on n'a procédé que deux fois à l'examen de l'oreille. Cette question est donc encore à l'étude, aussi devons-nous féliciter M. Doumergue de revenir sur ce sujet si intéressant. Il apporte douze observations personnelles, il en emprunte quatre à la thèse du docteur Alibert, une à la pratique du docteur Schwartze, et enfin une dernière au docteur Gurovitsch.

Le résumé des observations de M. Doumergue nous montre que dans les cas qu'il a observés, il a toujours noté une diminution de l'ouïe et des bourdonnements intermittents, qui en général suivaient la marche de la maladie rénale. Mais l'examen de l'oreille n'a pas donné de résultats assez saillants pour que nous y attachions l'importance que leur donne l'auteur (catarrhe chronique de l'oreille moyenne).

Le docteur Doumergue a eu l'occasion d'examiner vingt-sept malades atteints des différentes formes du mal de Bright : treize ne présentaient aucun trouble de l'ouïe, quatorze présentaient divers troubles fonctionnels (affaiblissement de l'ouïe, bourdonnements).

Au point de vue étiologique, les troubles auditifs du mal de Bright peuvent se diviser en deux groupes : le premier comprenant tous les troubles qui se rattachent à une lésion de l'oreille appréciable pendant la vie ; le second renfermant les troubles qu'aucune lésion apparente n'explique, et sur lesquels, par conséquent, on fait uniquement des hypothèses.

Par le premier groupe, malgré le peu de signes constatés du côté de l'oreille moyenne (rougeur localisée du tympan, presque toujours rougeur du manche du marteau), l'auteur attribue les troubles auditifs à un catarrhe chronique de la caisse.

Par le second, diverses interprétations de ces troubles ont été données. Rosenstein et Dieulafoy les rapportent à l'œdème

(1) Thèse de Paris, 1881. Chez Rey, libraire, rue Monsieur-Le-Prince 14.

du nerf acoustique; Freld les attribue à une rupture de l'équilibre de pression dans l'oreille interne; Nefftel les rattache à des hémorrhagies labyrinthiques.

L'auteur est d'avis que ces troubles sont dus, soit à un catarrhe de la caisse, soit à un épanchement de sang dans cette cavité, mais si l'oreille ne présente aucune lésion appréciable pendant la vie, il admet l'hypothèse de l'œdème du nerf acoustique.

Il est regrettable que l'autopsie n'ait pas confirmé ces diverses suppositions; aussi cette question restera-t-elle encore en litige, jusqu'à ce que l'on ait trouvé des lésions du labyrinthe que nous supposons être cause de tous ces désordres.

J. Baratoux.

Traitement des maladies de la gorge et du nez.

Méthode pratique du gargarisme laryngo-nasal. (De la pulvérisation, de l'inhalation, des douches gutturales, etc.).

Par le Dr Guinier (1).

Ainsi que le fait observer l'auteur dans son introduction, cet intéressant opuscule est surtout fait pour le praticien général dont les études n'ont pu être spécialisées pour le maniement journalier du laryngoscope.

Après avoir défini le gargarisme, M. Guinier s'attache surtout à bien démontrer l'action de cet agent précieux dans les affections gutturales : « Le gargarisme, dit-il, doit désormais consister à diriger l'introduction d'un liquide médicamenteux dans le pharynx œsophagien, jusque dans le vestibule du larynx, et son retour par le nez; » c'est ce qu'il appelle le *gargarisme laryngo-nasal*. Pratiqué de cette manière, le gargarisme pourra procurer un soulagement sérieux et durable, que n'auraient pu donner des traitements longs et ennuyeux.

Viennent ensuite quelques considérations générales d'anatomie et de physiologie gutturales, concernant la gorge, la bouche, le pharynx nasal et œsophagien, et le larynx; ces dernières sont suivies de remarques pathologiques intéressantes, que viennent compléter des notions de thérapeutique ayant trait aux affections de la gorge. Dans cette dernière partie, l'auteur s'appesantit surtout sur les indications gutturales et les différents modes de traitement locaux. « Ce traitement, dit-il, emprunte ses moyens aux insufflations, aux cautérisations, aux contrefluxions,

(1) Germer-Baillière, libr.-édit., Paris (3e édition).

et à toute la série des ablutions gutturales (gargarismes, pulvérisations, inhalation, humage). » Passant en revue chacun de ces moyens de traitement, il décrit la manière de les employer, donnant un formulaire spécial pour chaque forme de la maladie.

Enfin, l'auteur insiste, d'une manière toute particulière, sur les règles des gargarismes laryngien et laryngo-nasal; les détails pratiques concernant ce dernier, peuvent se résumer de la manière suivante : 1° relever à peine la tête; 2° ouvrir à peine la bouche; 3° avancer la mâchoire inférieure en élevant le menton; 4° relever et laisser flotter la luette par le mécanisme alternatif du bêlement et du nasonnement; 5° régler sa respiration.

Cette méthode du gargarisme laryngo-nasal appartient tout entière à l'auteur de ce livre qui, dès l'année 1865, publia dans les journaux de médecine une étude sur le gargarisme laryngien.

Qu'il nous suffise d'ajouter que l'œuvre de M. Guinier est écrite de la main d'un maître habitué au maniement du laryngoscope, et que le but de vulgarisation qu'il se propose est largement atteint.

Revue de la Presse

Occlusion du larynx, par le docteur Tauber. — Un homme âgé de vingt-ans, souffrait, depuis deux ans de dyspnée, d'aphonie et de douleur à la déglutition. Pas d'antécédents diathésiques. A l'examen laryngoscopique, on apercevait une bande de tissu lisse et uni, mesurant 8 lignes de long, 6 de large, et 3/4 de ligne d'épaisseur, qui s'étendait du sinus pyriforme gauche vers celui du côté droit. L'ouverture du larynx était cachée par cette bande qui recouvrait également les cartilages aryténoïdes, ceux de Santorini et de Wrisberg, les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Le point d'insertion de cette bande de tissu était moins large du côté droit que du côté gauche, et pendant la phonation on apercevait à droite une ouverture d'environ 4 lignes, par laquelle s'effectuait la respiration. L'auteur détacha ce tissu anormal des deux côtés avec le couteau laryngien, et l'enleva ensuite avec la pince, cautérisant la plaie qu'il venait de faire avec le crayon de nitrate d'argent. L'hémorrhagie fut minime et la glotte reprit un aspect normal. Après deux ans et demi la voix est claire.

L'examen microscopique démontra la nature fibreuse de la bande de tissu enlevée. (*Arch. of laryngol.* New-York. 1881 — n° p. 62.)

Paralysie laryngienne chez une jeune enfant. — Considérations cliniques sur les paralysies laryngiennes de l'enfance, par le docteur Paul Koch. — Il s'agit d'une petite fille de deux ans, très délicate, atteinte, il y a cinq mois, de laryngite catarrhale; tandis que la toux avait disparu, la voix était restée rauque et devenait même aphone. Il y a trois semaines est survenu de la dyspnée inspiratoire qui a augmenté au point de nécesiter la trachéotomie. Il n'existe aucun signe de lésions à l'extérieur pour expliquer le cornage, le tirage et la toux croupale de l'enfant.

L'examen laryngoscopique permet d'apercevoir des cordes vocales rouges et à peu près immobiles, placées dans la position qu'elles occupent pendant la phonation. La trachéotomie fut pratiquée pour permettre à l'enfant de respirer, et bien que trois semaines se soient écoulées depuis cette opération, dès que l'on bouche l'entrée de la canule avec le doigt, la dyspnée reparaît aussi intense qu'avant l'opération.

Devant l'ensemble des symptômes, d'après la marche de l'affection, l'auteur croit pouvoir conclure à l'existence d'une paralysie laryngienne totale, d'origine myopathique, faisant remarquer combien il est facile de confondre cette affection avec le vrai croup, dans les cas où les symptômes se développent rapidement.

Du reste, les expériences physiologiques sont parfaitement d'accord avec les symptômes cliniques de cette paralysie laryngienne aiguë. En effet, la section de deux récurrents chez les jeunes animaux entraîne la mort par asphyxie, tandis que chez les animaux adultes, la dyspnée est presque insignifiante. Dans les deux cas cependant, les deux vocales sont à peu près paralysées et occupent la position cadavérique, intermédiaire à la phonation et à l'inspiration; mais les dimensions de l'orifice glottique sont loin d'être les mêmes dans les deux cas.

En général, la paralysie par compression des récurrents, partielle au début, et presque toujours limitée ou plus marquée sur les crico-aryténoïdiens postérieurs (Morell-Mackensie) progresse lentement; et à mesure que les autres muscles sont atteints la dyspnée intense disparaît peu à peu.

C'est ainsi que plusieurs auteurs ont cru devoir admettre dans ces cas, une irritation des deux récurrents et par suite des spasmes glottiques qui seraient souvent une cause de mort avant que la paralysie n'ait eu le temps de se développer. Sans vouloir nier la possibilité de ces spasmes, il paraît évident que bon nombre de dyspnées seraient dues à la paralysie prépondérante des crico-aryténoïdiens postérieurs.

Pour en revenir à l'image clinique offerte par la malade, l'auteur pense qu'elle offre l'application évidente des principes ac-

quis par les expériences physiologiques, c'est-à-dire que l'infiltration œdémateuse complète de tous les muscles du larynx et par conséquent la paralysie complète de l'organe conduisent à l'aphonie et à la dyspnée mortelle chez les enfants.

Le traitement doit consister en inhalations astringentes, repos, une médication reconstituante, l'électricité étant impuissante dans ces cas. (*Ann. des mal. de l'oreille et du lar.* mars 1881, n° 1)

Extraction d'une balle du sinus pyriforme, par Tauber. — Un homme, âgé de trente-huit ans, se plaignait de douleurs à la déglutition, de dyspnée et d'enrouement. Il racontait qu'il avait été blessé par un coup de feu au niveau du cou et du côté gauche, depuis douze ans environ ; la dysphagie aurait toujours existé depuis cette époque.

A l'examen laryngoscopique, l'auteur vit que le sinus pyriforme gauche était entièrement caché par un corps étranger, très dur au toucher avec la sonde, et qu'il put extraire avec les pinces. Ce corps était une balle mesurant un quart de pouce de diamètre et un demi pouce de long.

Après l'extraction de cette balle le malade put avaler facilement et, en quelques jours, il recouvra sa voix (*Arch. of laryngol.* New-York, 1881, t. II, n° 1.)

Otoscope à pince. — Le docteur Verdos a appelé ainsi un appareil qu'il a imaginé pour extraire les polypes du conduit auditif. Il se compose d'une partie optique, analogue à l'otoscope de Brunton, et d'une pince conique dont les mors sont destinés à être introduits dans le conduit, faisant l'office du spéculum bivalve. On saisit alors la tumeur que l'on arrache ou que l'on tord très facilement, vu la disposition de la pince sur la partie éclairante de l'instrument. (*La Clinica de Malaga,* 31 janvier 1881, n° 13, p. 417.

Expulsion par nécrose de presque tout l'os temporal avec terminaison favorable. — Le docteur Urbantschitsch rapporte ce cas remarquable observé par le docteur J. Gottstein *(Arch. f. Ohrenheilkunde,* B XVI, p. 51). Il s'agissait d'un enfant d'un an et demi, qui, depuis un an, était atteint d'otorrhée du côté droit. Il se développa derrière l'oreille une tumeur qui, d'après l'examen fait par l'auteur, était constituée par un sequestre. Ce dernier était formé par l'apophyse mastoïde entière, par une partie de la cavité du tympan avec la portion osseuse de la trompe, par un morceau de l'écaille, la paroi antérieure et postérieure de la portion pétreuse, enfin par le limaçon et les canaux demi-circulaires. Par le plus grand des hasards, la voûte du tympan parut sur le séquestre complètement intacte; à sa

surface de contact avec la dure-mère, l'os n'était pas malade. L'enfant put survivre à cette grave lésion, et l'on constata deux mois plus tard une grande amélioration de son état général. Seulement la figure était tiraillée à cause de la paralysie faciale coexistante; le malade tenait la tête un peu inclinée vers la droite. (*Le Scalpel*, 20 février 1881, n° 34).

Résultat de l'examen de l'organe de l'ouïe sur 267 enfants d'un Institut, par le docteur Weil Stuggart. (*Separat. Abdruck aus der Monatssch. fur ohrenheilk*, 1880, n° 12.) — L'auteur, désireux de résoudre la question de savoir jusqu'à quel point l'audition manifestait son influence sur l'attention, a entrepris l'examen des oreilles de 214 garçons et 53 filles. Pour chacun des enfants, il a pris note de l'âge, des antécédents morbides (rougeole, scarlatine, diphtérie, douleurs d'oreilles, bourdonnements, otorrhée), examinant ensuite l'état de l'audition à la montre, et surtout avec la voix. Cette expérience était faite dans une chambre de 8 mètres de long, et les personnes qui entendaient distinctement un chuchotement à cette distance, comprenaient tout dans les rapports habituels.

Il résulta de cet examen que 122 enfants, soit 46 p. 100, n'avaient eu aucune fièvre éruptive, et que parmi ces derniers, 15 accusaient des douleurs d'oreilles, 48 des bourdonnements, 13 avaient des bouchons dans les conduits.

Sur 145 qui avaient eu, soit la rougeole, la scarlatine ou la diphtérie dans leur enfance, 29 accusaient des douleurs, 30 des bourdonnements, 22 avaient des bouchons.

Sur les 122 enfants dont il vient d'être question, 29 entendaient mal des deux côtés, et 5 d'un seul côté, soit 34 — ou 27.8 p. 100 de ces enfants qui n'avaient pas l'ouïe normale.

Sur les 145 autres, il y en avait 47 qui entendaient mal, soit 31.8 p. 100.

L'auteur dresse ensuite un tableau qui démontre d'une manière frappante, que loin de diminuer, la surdité augmente plutôt avec l'âge et d'année en année, venant ainsi à l'encontre de l'idée absurde qu'il est inutile de traiter les maladies d'oreilles chez les enfants, sous le prétexte qu'elles doivent guérir d'elles-mêmes.

Il est également permis de conclure de cet examen, qu'il sera toujours utile de chercher à connaître l'état de l'oreille chez les enfants faisant habituellement preuve d'inattention à l'école. (*Le Scalpel*, n° 38, 20 mars 1881).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Larynx.

CARL SEILER. — Anatomie normale et pathologique du larynx (suite) (*Archiv. of. laryngol.*, New-York, janv. 1881, n° 1, p. 50.)

DUFFEY. — Périchondrite laryngée à la suite de la fièvre typhoïde (*Patholog. soc. of.* Dublin 22 janv. 1881 et *Brit. méd., journ.*, 19 fév. 1881, p. 278).

George LEFFERTS. — Ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne (*Archiv. of laryng.*, New-York, janv. 1881, p. 54); et *méd. Rec.*, 5 mars 1881, p. 264.)

HOPPER (J. W). — Traumatisme du larynx, aphonie (*Archiv. of laryng.* New-York, janv. 1881, p. 57).

LENNOX BROWNE et DUNDAS GRANT. — Observation de tuberculose ayant atteint la bouche et la gorge (*Archiv. of laryng.* janv. 1881, p. 1).

MARC NEILL WHISTLER. — Rétrécissement syphilitique du larynx, avec deux observations de malades, opérés à l'aide du couteau dilatateur (*Archiv. of laryng.*, New-York, janv. 1881, p. 23).

MASSEÏ. — Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralysies vocales (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx,* mars 1881, p. 1).

SCHMIDT (Maurice). — Du traitement de la phtisie laryngée (*Ann. des mal. de l'or et du larynx.*, mars 1881. p. 22.)

STÜDSGAARD (de Copenhague). — Trachéotomie, œsophagotomie, pour un cancer laryngo-pharyngé. Guérison (*Bullet. génér. de thérapeut.*, 28 février 1881, p. 191.

THAON. — L'hystérie et le larynx (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, mars 1881, p. 30).

Thomas FRENCH — Introduction d'un os dans le larynx et la trachée, essais d'extraction infructueux par la bouche, trachéotomie, guérison (*Archiv. of laryng.*, New-York, janv. 1881, p. 59.

WHITFIELD WARD. — Quelques remarques sur la syphilis tertiaire de la gorge et sur son traitement (New-York, *méd. Rec.*, 26 févr. 1881, p. 232.)

Pharynx.

BONDET DE LA BERNADERIE. — Contribution à l'étude de l'amygdalotomie (Thèse de Paris, 1881, n° 88).

FRONSTEIN. — De l'action anesthésique du benzoate de soude sur la muqueuse de la gorge, (*Vratch Vedamasti* n° 447, et *New-York méd. rec.*, 5 mars 1881, p. 264).

GENET. — Considérations cliniques et physiologiques sur les troubles survenant du côté des amygdales pendant la menstruation (Thèse Paris, 1881).

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.